

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1929-1930

N° 51

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PHLEGMONS DU LIGAMENT LARGE
ET DE QUELQUES CAS
DE COMPLICATIONS CRURALES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 19 Décembre 1929

PAR

Paul-Pierre-Léo MARY

Elève du Service de Santé de la Marine
Né à Caudéran (Gironde) le 23 mai 19 4.

Examineurs de la Thèse	{	MM GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548427_0010

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1929-1930

N° 51

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PHLEGMONS DU LIGAMENT LARGE
ET DE QUELQUES CAS
DE COMPLICATIONS CRURALES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 19 Décembre 1929

PAR

Paul-Pierre-Léo MARY

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Caudéran (Gironde) le 23 mai 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHÈ, LE DANTEC.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale	Clinique chirurgicale infan- tante et orthopédie ROCHER
Clinique chirurgicale.....	Clinique gynécologique... GUYOT.
Pathologie et thérapeuti- que générales.....	Clinique médicale des ma- ladies des enfants..... CRUCHET
Clinique d'accouchements.	Chimie biologique et mé- dicale..... DENIGÈS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	Physique médicale et phar- macentique..... SIGALAS.
Anatomie.....	Médecine coloniale et cli- nique des maladies exoti- ques..... BONNIN
Anatomie générale et his- tologie.....	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques... PETGES.
Physiologie.....	Clin. des mal. des voies urinaires... DUVERGEY
Hygiène.....	Clinique des maladies ner- veuses et mentales.... ABADIE
Médecine légale et déon- tologie.....	Clinique d'oto-rhino-laryngologie... PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	Toxicologie et hygiène ap- pliquée..... LABAT.
Chimie.....	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELLIER.
Botanique et matière mé- dicale.....	
Pharmacie.....	
Zoologie et parasitologie..	
Médecine expérimentale..	
Clinique ophtalmologique.	

MM. DELAUNAY (Physiologie). — MICHELEAU, LEURET,
DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie.....	Maladies mentales..... PERRENS.
Histologie.....	PAPIN
Anatomie pathologique....	Chirurgie générale..... JEANNENEY
Parasitologie et Sciences naturelles	CHARRIER.
	Obstétrique..... LOUBAT.
	N.
Médecine générale.....	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX
	Pharmacie..... GOLSE.
	Dermatologie et syphilogra- phie..... JOULIA.



COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire.....	Puériculture..... N.
Médecine opératoire.....	Démonstrations et préparat. pharmac. N.
Accouchements.....	Pharmacie chimique..... GOLSE
Ophtalmologie.....	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes .	MM. N.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A MON ONCLE LE CHANOINE

DE NICOLAS DU PLANTIER

MEIS ET AMICIS

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE
DE MEDECINE NAVALE DE ROCHEFORT

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Vous qui avez été l'inspira-
teur de ce travail, veuillez
trouver ici l'expression de
mes remerciements et de
ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
COMMANDANT DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET
SOUS-SECRÉTAIRE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
CHEVALIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADEMIE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous avons un devoir bien doux à remplir : c'est celui de témoigner toute notre reconnaissance à ceux qui nous ont aidé soit par leurs conseils, soit par leur enseignement.

Nous dédions tout d'abord ce modeste travail à notre mère, grâce à qui nous avons pu parcourir les longues études nécessaires pour devenir médecin. Notre reconnaissance ne sera jamais assez grande.

Nous nous souviendrons tout particulièrement de nos professeurs de l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort. Par leurs conseils, leur bienveillance, ils ont su nous guider dans nos nouvelles études. Qu'ils trouvent ici l'expression de toute notre gratitude.

Nos maîtres de la Faculté de Médecine de Bordeaux, ont tous su nous donner les notions que l'on ne trouve pas dans les livres, par leurs enseignements quotidiens au lit du malade ils ont essayé de faire de nous des cliniciens.

Plus tard, quand nous serons dans l'embarras, c'est dans ces souvenirs de leurs enseignements que nous nous reporterons.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Guyot, qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'être notre président de thèse.

Auprès de lui nous avons toujours trouvé le meilleur accueil et les conseils les plus sûrs.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse et bien grande reconnaissance.

HISTORIQUE

La connaissance du phlegmon du ligament large est certes une acquisition ancienne. Mais longtemps sa pathogénie reste obscure et quelque peu fantaisiste. Nicolas Roche (1552) semble le connaître, le classe sous le nom d'abcès de la matrice, et avec lui, Jean Liebant, 1582, Guillemeau élève d'Ambroise Paré.

Puzos établit sa théorie de l'infection puerpérale, où il incrimine les dépôts laiteux (*Mémoire sur le lait répandu en dépôts laiteux*, 1760-1801).

En réalité cette affection n'a été décrite que vers le milieu du XIX^e siècle. Encore à cette époque ne distinguait-on que mal l'utérus des exsudats et des tumeurs situées dans son voisinage. Duparcque, Bequerel, Lisfranc se contentent d'invoquer l'engorgement.

Nonat dans sa thèse (Paris, 1832) admet la lymphangite consécutive à la métrite, surtout à la métrite cervicale. Il constate l'infiltration de sérosité et de pus dans le ligament large, mais sans y insister.

Le travail de Duplay (Arch. de médecine, 1853, p. 293) contient huit observations de lymphangite puerpérale, dans chacune d'elles, on note la réplétion et la dilatation des lymphatiques qui vont, soit se perdre dans les ligaments larges, soit se rendre aux ganglions lombaires.

Hervieux, en 1870 (*Traité clinique des maladies puerpérales*, Paris) donne comme cause prochaine du phlegmon du liga-

ment large la phlébite des veines qui rampent dans son épaisseur.

La thèse de Lucas-Championnière (Paris 1870) fixe la topographie des territoires lymphatiques de l'utérus et montre au point de vue pathogénique l'importance qu'acquiert la présence de pus dans les ligaments larges.

« Ces abcès, dit-il, sont analogues à ceux qu'on observe sur les membres atteints de lymphangite sur le trajet des lymphatiques. »

Thirault (*Thèse*, Paris, 1874) s'occupe surtout des phlegmons puerpéraux et incrimine la phlébite et la lymphangite.

Lucas-Championnière reprend la question en 1875 et démontre l'existence de lymphangite dans les suites de couche et en dehors de l'état puerpéral. En 1862, Virchow créa le terme de paramétrite pour désigner l'inflammation du tissu cellulaire qui environne l'utérus, et de périmétrite pour désigner celle du péritoine pelvien péri-utérin. Ces termes seront repris en 1879 par Duncan et employés communément depuis par les auteurs allemands et anglais, en les modifiant parfois. Auger (*Thèse*, Paris 1876) résume bien la théorie lymphangitique du phlegmon du ligament large.

Pierre Delbet dans son bel ouvrage (*Des suppurations pelviennes chez la femme*, 1891) classe la périmétrite en deux affections :

1° Le phlegmon du ligament large;

2° Le phlegmon du pédicule hypogastrique. Cet auteur nous montre les diverses complications du phlegmon du ligament large, entre autre une complication, certes rare, mais qui ne peut être niée : la complication crurale.

Bouilly, en 1896, présente dans la *Semaine gynécologique*, une note sur la pathogénie des affections utérines que vient compléter le rapport de Doléris au Congrès de Madrid, 1903.

Le travail de Siredey et Coudert, 1902, où l'on trouve une étude des complications tardives que l'on observe, de temps à autre, dans les services de chirurgie et de médecine du côté des ligaments larges, chez des femmes dont les suites de cou-

ches ont été normales, du moins en apparence, et qui ont repris leur vie habituelle depuis un certain temps.

Les travaux modernes portent sur les germes en cause dans les affections puerpérales et sur leur traitement. Pasteur en 1879 incrimine le streptocoque, Doléris, son élève pose le principe de la pluralité microbienne au point de vue pathogénique. C'est alors la période antiseptique puis aseptique et les affections puerpérales diminuent de fréquence. Le traitement suit les données nouvelles de la science, on fera l'abcès de fixation, l'autovaccin, le propidon, on recherchera le choc hémoclasique thérapeutique.

ÉTIOLOGIE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le phlegmon du ligament large, que Pierre Delbet divise en phlegmon de la gaine hypogastrique et phlegmon du ligament large proprement dit, n'est que la localisation d'une infection ayant pris sa source ailleurs. Le plus souvent il succède à l'accouchement ou à l'avortement, et la porte d'entrée est constituée par la muqueuse utérine.

La fièvre puerpérale est la cause principale du phlegmon du ligament large.

Bernutz sur 20 cas de phlegmon du ligament large, en relève 17 survenant au cours de la fièvre puerpérale. Frarier, en 1866 affirmait que le phlegmon n'existait pas en dehors de la puerpéralité. Beigel en 1875 donne la proportion suivante : sur 61 cas : 23 consécutifs à des accouchements, 11 à des avortements, 27 à des traumatismes non puerpéraux.

Avec l'asepsie actuelle, les interventions portant sur les organes pelviens deviennent une cause bien plus rare d'infection. Cependant un traumatisme utérin occasionné par le port d'un pessaire intra-utérin, par des dilatations intempestives du col, par une hystérométrie non aseptique peut donner cette complication. Cruveilhier rapporte un cas consécutif à la ligature d'un polype utérin, Smith à l'amputation de la portion intravaginale du col. Tous ces différents traumatismes agissent en lésant la muqueuse et en créant ainsi une porte d'entrée. Pour Pozzi une cause fréquente de phlegmon du ligament large serait une suppuration annexielle.

Il est évident que l'avortement et l'accouchement ont

un rôle prépondérant. L'un et l'autre produisent un traumatisme qui peut être septique, le traumatisme obstétrical et une plaie, la plaie placentaire.

Le traumatisme obstétrical agit en contusionnant le tissu cellulaire du bassin par le passage de la tête, alors il s'y produit des ecchymoses, des petites hémorragies. La suppuration aura tendance à se faire dans ces tissus meurtris en état de moindre résistance. Les avortements et en premier lieu les avortement provoqués par des manœuvres souvent septiques, sont une cause fréquente, alors que les accidents infectieux post-partum diminuent de fréquence à mesure que l'asepsie devient plus absolue.

La nature des agents pathogènes est variable. Cependant le streptocoque est le plus souvent en cause, en effet ce germe est le seul, comme l'ont montré Cornil et Vidal, qui traverse la paroi utérine. Lorsque l'épithélium de l'endomètre est altéré par une métrite, la barrière n'existe plus et d'autres germes peuvent exercer leur action en profondeur.

Les germes peuvent emprunter, soit la voie veineuse, soit la voie lymphatique. Cette dernière, comme Auger l'a établi dans sa thèse, est la plus habituelle.

Au point de vue anatomie pathologique, on distingue deux formes, une forme diffuse, une forme circonscrite.

Dans le phlegmon diffus, les lésions s'étendent de proche en proche à tout le tissu cellulaire sous-péritonéal; l'inflammation se propage à la façon d'un érysipèle. En général, il s'agit d'une infection puerpérale grave, et la propagation est extrêmement rapide, Virchow désignait cette affection sous le nom « *Erysepelas malignum puerperale internum* ». On note une infiltration œdémateuse du tissu conjonctif et des lésions des vaisseaux lymphatiques.

Dans le phlegmon circonscrit du ligament large, les abcès se développent entre les deux feuillets du péritoine en suivant les vaisseaux utéro-ovariens. Ces phlegmons répondent en dedans à l'utérus; en haut, ils dédoublent les ailerons de

la trompe et de l'ovaire; en bas, à la base du ligament, en dehors à la paroi pelvienne.

L'inflammation se propage alors facilement en dehors, vers la fosse iliaque, en suivant les vaisseaux utéro-ovariens et le ligament suspenseur de l'ovaire. Le tissu cellulaire de la fosse iliaque s'enflamme à son tour et le phlegmon s'étend soit en avant du côté de la paroi abdominale au niveau de l'arcade de Fallope au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, soit en arrière, vers la région lombaire du côté du rein et du diaphragme.

L'infiltration inflammatoire peut se faire le long du ligament rond par l'aileron antérieur du ligament large et venir aboutir à l'orifice externe du canal inguinal.

Le péritoine souvent intéressé, il se produit alors une péritonite adhésive secondaire avec surtout des adhérences épiploïques.

Pozzi a signalé des complications éloignées des phlegmons du ligament large. Des collections qui se développent dans la fosse iliaque, dans la gaine du psoas, jusque dans le tissu conjonctif périnéphrétique, alors que l'inflammation paraît s'être calmée ou éteinte.

SYMPTOMATOLOGIE

L'affection survient en général dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, en moyenne, elle apparaît au deuxième jour, très souvent dans les cinq ou six premiers jours.

En général, le phlegmon s'annonce par la douleur et la fièvre.

Signes subjectifs. — La douleur très variable dans son intensité, peut faire presque défaut dans les formes insidieuses. Elle peut apparaître brusquement ou se développer graduellement pour atteindre toute son intensité en quelques jours. Elle se distingue de la douleur de la péritonite en ce qu'elle est moins superficielle, moins aiguë, plus profonde; elle n'est pas comme cette dernière exaspérée par la pression la plus légère sur l'abdomen mais il faut exercer une certaine pression pour l'augmenter véritablement.

Le siège de la douleur est, soit dans la fosse iliaque, soit dans l'hypogastre, de là elle s'irradie très vite dans le membre inférieur, soit le long du sciatique, soit en dedans, en suivant l'obturateur. Aussi la jambe est-elle toujours fléchie et inclinée du côté sain. Kœnig a insisté sur cette irradiation de la douleur. L'abolition de l'appétit, du sommeil, de petits frissons erratiques, une fièvre à caractère rénitent, l'altération profonde des traits indique que la suppuration se produit. La face est pâle et terreuse, la langue sèche, la malade maigrit, ses douleurs augmentent pour devenir parfois pulsatiles et lancinantes. Le pouls est accéléré, peut dépasser

130, mais reste en général bien frappé, alors que le poulx filiforme appartient à la péritonite.

Lorsque la suppuration est établie, les phénomènes généraux peuvent s'amender un temps, donnant à la malade un calme trompeur.

A cette période, la résolution peut se faire avec résorption des produits plastiques et rétraction du ligament large. Ce fait est extrêmement rare. En général, les frissons avec des sueurs profuses reviennent, il y a de la diarrhée, l'état général s'altère de plus, en plus on a alors l'impression d'une infection septique. La mort peut survenir à cette période, mais, en général, le pus fuse à l'extérieur, dépassant les limites du ligament large.

Signes objectifs. — Au début, le toucher donne peu de renseignements. Les culs-de-sac restent libres et souples, sauf pour le phlegmon de la gaine hypogastrique. Ces explorations sont très douloureuses, elles permettent de noter un déplacement de la matrice du côté sain, déplacement en masse si le phlegmon est volumineux, déplacement du corps seulement lorsqu'il n'y a qu'une petite collection, alors que le col est attiré du côté malade. Par le palper abdominal, on sent une tumeur ovoïde étendue transversalement de l'utérus à la paroi pelvienne et atteignant en général la fosse iliaque.

Dans le phlegmon de la gaine hypogastrique on a une tuméfaction douloureuse en avant du cul-de-sac vaginal, faisant corps avec le col qui est dévié du côté sain. Cette tumeur s'insinue en général dans la cloison vesico-vaginale. Quand le phlegmon occupe à la fois le ligament large et la gaine vasculaire, on rencontre à la fois les caractères des deux phlegmons : par le palper abdominal les signes propres au phlegmon du ligament large; par le toucher, les signes propres aux phlegmons de la gaine.

COMPLICATIONS CRURALES

D'une manière générale, les abcès du ligament large abandonnés à eux-mêmes s'ouvrent, soit dans le vagin, ce qui est le plus fréquent, soit dans le rectum. Ils peuvent encore s'ouvrir dans la vessie. Ils peuvent venir aboutir à la paroi abdominale, directement contre le pubis pour les phlegmons de la gaine hypogastrique, à la paroi abdominale pour ceux du ligament large en suivant l'aileron du ligament rond.

Mais les prolongements peuvent se faire vers la fosse iliaque le long des vaisseaux utéro-ovariens pour les phlegmons du ligament large, le long de l'hypogastrique pour ceux de la gaine. Cette tumeur peut venir toucher la paroi abdominale et pointer dans le ligament de Gimbernat, cette barrière peut être franchie, comme on en trouve un exemple dans l'observation prise dans le service de M. le professeur Guyot et mise ainsi dans le triangle de Scarpa; il peut suivre la gaine des vaisseaux iliaques externes, passer avec eux sous l'arcade crurale et venir constituer une tumeur fluctuante au niveau du triangle de Scarpa, qui peut être animée de battements communiqués par l'artère crurale et que signale Montault.

Enfin le pus peut envahir la gaine du psoas et la suivre jusqu'au petit trochanter. Ce fait n'a rien de spécial aux phlegmons du ligament large. Enfin l'infection peut suivre la chaîne lymphatique iliaque comme le prouve l'observation d'Auger et constituer ainsi une complication crurale. Nous ne nous occuperons que de ces seules complications.

Ces complications crurales des phlegmons du ligament large sont très rares.

Ces fusées purulentes se font de préférence chez des femmes affaiblies, infectées profondément. Leur production s'annonce par un œdème de la racine de la cuisse, la peau est infiltrée. Le membre inférieur est douloureux, la simple palpation des mollets est douloureuse, comme on le note dans l'observation de M. le professeur Guyot.

Dans tous ces cas avec complication crurale, il convient d'intervenir rapidement. On pratiquera une large incision, soit vaginale, soit crurale. Cette intervention devra être faite sous anesthésie locale, l'état grave de la malade ne permettant pas une anesthésie générale.

L'incision de ces collections volumineuses, comme le sont généralement les phlegmons du ligament large, doit être suffisante (6 à 8 centimètres) et devra être maintenue béante par deux drains.

Si, par la suite, on pratique des injections, on les fera avec un antiseptique faible et non toxique.

Ce traitement chirurgical ne devra pas faire laisser de côté les soins médicaux. On donnera des soins cardiaques, du sérum glucosé à haute dose par la voie sous-cutanée et le goutte à goutte de Murphy. Enfin un auto-vaccin ou, à défaut, des injections peuvent hâter la fin de la suppuration. Pour aider la défense de l'organisme, il est bon de pratiquer un abcès de fixation, de faire des injections de sulfarsénol.

Et pourtant, trop souvent, toute thérapeutique reste impuissante et la mortalité demeure très élevée.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Auger, Thèse de Paris, 1876.

La nommée L. Valentine, 23 ans, entre le 8 mars 1876 dans le service de Siredey, pour accoucher, c'était son premier enfant.

A partir du 11, symptômes d'infection puerpérale et mort le 19 mars.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Utérus volumineux doublé d'une coque de fausses-membranes, ganglions lombaires plus volumineux qu'à l'état normal. Ils sont rouges mais à la coupe ils ne paraissent pas contenir de pus; il en est de même des ganglions inguinaux des deux côtés, et l'on peut suivre la chaîne iliaque et lombaire; tous ces ganglions sont volumineux, rouges, et sont le siège d'une vive inflammation, mais, à première vue, ne paraissent pas contenir de pus. Le tissu cellulaire du ligament large est épaissi, il est le siège d'une infiltration de sérosité très abondante.

Des incisions pratiquées dans le tissu utérin, au niveau des parties latérales, donnent issu à du pus crémeux venant des lymphatiques utérins. Rien dans les veines.

Obs. II. — Paramétrite de la région du psoas. (*Griſilh St-Barth. hops* Ref. 1880, t. XVI, p. 295.)

A. G., 35 ans, entre le 5 juillet 1879, un enfant de deux ans, une fausse-couche il y a deux mois. Quelques jours après, douleurs lombaire et iliaque droite. La jambe est fléchie. Tumeur dure, résistante, dans la crête iliaque. La tumeur gagne la cuisse. Le 30 juillet incision à trois pouces au-dessous du ligament de Poupart. Issue d'une grande quantité de pus. Le 31, péritonite. Mort le 2 août. Autopsie : Péritonite généralisée. Dans la région du cæcum, les intestins étaient rouges et accolés, adhérents à un vaste abcès

contenu dans la loge du psoas. Ulcération du rectum en un point adhérent à la tumeur. Adhérences avec le cæcum et une anse de l'iléon. Les autres organes sains.

Obs. III. — Kœnig, *Arch. f. Heilk.*, 1862, p. 481.

F. H., mère de plusieurs enfants. Dernier accouchement en septembre, à la suite, fièvre et très légère douleur dans le ventre. Au bout de six semaines, elle se lève; mais elle continue à s'amaigrir et se plaint presque exclusivement de troubles digestifs; seulement quelques légères douleurs dans l'hypogastre; mais elle boitait. En décembre, Kœnig trouve à droite, sur le ligament de Poupart une tumeur grosse comme un œuf de poule. Par le toucher on sent la tumeur du côté droit. La malade refuse l'incision, ne se considérant pas assez malade pour rester au lit. En janvier les symptômes s'aggravent. Incision à la partie externe du ligament de Poupart. Guérison rapide.

Obs. IV. — Kœnig, *Arch. f. Heilk.*, 1862, p. 513.

M. Freudenstein, 23 ans, s'accouche le 23 décembre 1861, douleurs et fièvre à la suite. Le 28 janvier, tumeur de l'hypogastre, flexion de la cuisse gauche. Le 14 avril : femme très amaigrie. Fièvre, douleurs très vives dans l'hypogastre et dans la cuisse. Cuisse fléchie. Grande lèvres gauche œdématisée. Le pli de l'aîne soulevé par des ganglions enflammés. À la palpation tumeur dure, qui commence à la symphyse et s'étend à un travers de main au-dessus du ligament de Poupart. Par le vagin on ne constate rien d'autre qu'une grande fixité de l'utérus. Le 21 avril, sous le chloroforme, incision à un demi-pouce au-dessus du ligament de Poupart et à un pouce et demi de l'épine iliaque. Issue d'une grande quantité de pus jaune épais. Grande amélioration jusqu'au milieu de mai. Le pus avait cessé de couler mais on constate un prolongement du côté de la fosse iliaque. En même temps petit abcès en dedans du couturier. L'ancienne fistule se remet à donner. La fièvre augmente. Douleurs dans la hanche. Albuminurie. Epanchement pleural.

Mort le 21 janvier. Autopsie : Péritoine sain, mais adhérences étendues de l'épiploon dans le petit bassin. L'utérus est attiré à

gauche par le ligament large raccourci et épaissi. Le ligament large droit est sain. Le péritoine et les parois de l'abcès étant incisés on arrive au milieu de la fosse iliaque dans une petite cavité contenant quelques gouttes de pus. De cette cavité partaient des conduits fistuleux. L'un, très étroit, se dirige vers l'incision qui a été faite au-dessus du ligament de Poupart. Un deuxième passe au-dessous de ce ligament et se divise en deux, l'un suit les vaisseaux, l'autre le psoas. Ce dernier communique avec l'articulation coxofémorale qui est très affaiblie. Le ligament large gauche est transformé en un tissu cicatriciel. La trompe ne présente rien de particulier. L'ovaire est très ratatiné.

Obs. V. — Busch. *Charité An. Obs.* XVI, p. 380.

F. Dreushe, deux enfants. Dernier accouchement aux forceps le 20 avril 1872. Délivrance artificielle. Le 24 mai, environ cinq semaines après l'accouchement, il se forme un abcès dans la cuisse droite. Le 1^{er} juin incision par laquelle il s'écoule environ un litre de pus. Guérison complète 35 jours après l'incision, pas de toucher.

Obs. VI. — Duncan. *Medical Press and Circular*, 1881, p. 191.

H. G..., 24 ans, entrée le 27 avril. Mariée il y a deux ans, deux enfants, le dernier il y a trois mois; pas de fausse-couche. Deux jours après son dernier accouchement, frissons. Se lève néanmoins deux semaines après, se croyant guérie. Une semaine après douleurs dans le côté gauche, irradiées dans la cuisse du même côté. Diarrhée, douleurs vives, garde le lit et souffre surtout depuis un mois. Etat actuel : tuméfaction dans la fosse iliaque gauche, s'étendant à quatre ou cinq pouces au-dessus du ligament de Poupart, et à la partie externe de la cuisse, région lombaire gauche douloureuse. Examen du 1^{er} mai par M. Duncan : toucher : utérus libre sauf à gauche où il trouve entre l'utérus et le trou ovale une tumeur dure mais sans communication directe avec la tumeur de la cuisse. Le 11, incision de l'abcès de la cuisse. Guérison au début de juin (Intitulé : Paramérite avec abcès à distance.)

Obs. VII. — Griffith. *St-Barth. hosp. Rep.* 1880, t. XVI.

M.-A. H..., 33 ans. Fausse-couche, il y a six semaines. Entre le 10

décembre 1878. Paramétrite de la région du psoas. Incision à la cuisse. Guérie le 14 février.

Obs. VIII. — Flemot. *Bull. Soc. Médical de Reims*, 1874, p. 123.

X..., 32 ans, entre le 29 avril à l'Hôtel-Dieu de Reims à la suite d'une fausse-couche le même mois. Femme rachitique. Accouchée déjà cinq fois au forceps. Après l'accouchement perte de sang. Le 18 avril, frissons. Entre à l'hôpital avec les symptômes de péritonite. Mort le 5 mai. Autopsie : « Gangrène du col utérin. Abscès dans l'aileon antérieur du ligament large avec fusée purulente à droite dans la gaine des vaisseaux de la cuisse, ovaire et trompe intacts. »

Obs. IX. — Femme observée par Trousseau.

X..., 27 ans. Bien réglée, mais leorrhée. Douleurs dans la fosse iliaque gauche, cinq ou six jours après, une cautérisation du col au fer rouge.

Augmentation des douleurs, névralgie du crural, rétraction de la cuisse. Mort au bout de cinq à six semaines. Autopsie. Abscès du ligament large gauche, traces de péritonite, collection purulente ayant disséqué le psoas et l'iliaque et s'étendant depuis la région lombaire jusqu'au petit trochanter.

Obs. X. — Dupuytren. Husson. *Répertoire de Bresdit*, t. VI p. 38.

F..., 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1819, accouchée neuf jours auparavant. Bientôt douleurs dans la profondeur du bassin, frisson et fièvre. Empatement dans la fosse iliaque gauche. Quelques jours après on sent dans la fosse iliaque une tuméfaction large, paraissant soulever l'arcade crurale, accompagnée d'œdème et de rétraction de la cuisse. Cinq jours après cet examen, on trouve du pus dans les urines. Plus tard on constate de la fluctuation en haut et en avant de la cuisse gauche. Incision. Issue de pus. Guérison.

Obs. XI. — M. Duncan. *Clinical lectures on diseases of Women*. London, 1879, p. 76.

M.-A. F..., 33 ans, sept enfants. Accouchement à sept mois,

sept semaines auparavant. A son entrée, douleurs dans le côté droit, la jambe droite fléchie. La racine de la cuisse présentant une tuméfaction arrondie, douloureuse, située au-dessous du ligament de Poupert. Utérus mobile. Œdème de la grande lèvre droite. Huit jours après son admission, incision d'un abcès à la racine de la cuisse droite (hémorragie veineuse consécutive). La pression dans la région du psoas iliaque droit fait sortir du pus par l'incision. Guérison six semaines après l'ouverture de l'abcès.

Obs. XII. — Inédite due à l'obligeance de M. le professeur Guyot.

Marguerite G..., 25 ans, vient du service d'accouchements de M. le Professeur Anderodias pour un phlegmon du ligament large avec collection purulente pointant au niveau du pli de l'aîne gauche. On incise l'abcès à ce niveau le 22 février 1923, issue de 200 grammes environ d'un pus crémeux. Aspiration, drainage avec deux gros drains. On demande un examen bactériologique avec un autovaccin, l'examen du pus le 22 février montre qu'il contient du streptocoque pur, un traitement à l'autovaccin est institué. Les résultats paraissent bons, la température baisse, les oscillations diminuent d'amplitude. Par la suite il ne vient presque plus de pus. L'état général est bon.

Le 26 mars 1929 excellent état général, mais la plaie continue à suinter, un petit drain filiforme est mis.

Examen du 10 avril 1929 par M. le Professeur Guyot. Ventre souple un peu ballonné. Col haut normal, avec corps à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. Cul-de-sac droit libre. Cul-de-sac gauche un peu empâté. L'utérus a repris sa mobilité. Toucher rectal ne donne rien. On prescrit des petits laxatifs et des antiseptiques intestinaux.

Le 17, la malade n'a pas été réglée depuis six mois, on institue une opothérapie ovarienne. Plaie en voie de cicatrisation, mais léger suintement. Le 22 cautérisation de la plaie au nitrate d'argent. On autorise la malade à se lever. Le 24 elle quitte l'hôpital guérie.

Obs. XIII. — Inédite due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.

Phlegmon du ligament large avec abcès gangréneux de la cuisse après curetage.

Amélie L..., 31 ans, envoyée par son médecin. Cette malade a fait au mois de janvier une fausse-couche dont elle ne peut préciser la date. Les dernières règles remontaient à novembre 1928. Deux ou trois jours après la fausse-couche la malade a des hémorragies. Le médecin traitant pratique un curettage, quatre jours après la température s'élève à 40°,

La malade entre dans le service le 30 mars, très prostrée, dans un état très grave.

L'examen de M. le Professeur Guyot : Etat général grave facies plombé, pouls très petit, examen buccal : muguet. Au palper abdominal, peu de défense : grosse masse douloureuse à contours imprécis dans la fosse iliaque droite. Par le toucher : Utérus bloqué, grosse masse à droite, dure et douloureuse non fluctuante.

Le pronostic de phlegmon du ligament large est porté, on fait un abcès de fixation.

Tuméfaction considérable de la cuisse droite, surtout à la face supéro-interne. La palpation des mollets et des cuisses des deux côtés est très douloureuse.

Le 9 avril. Pas de modification. A l'auscultation cardiaque : embryocardie très nette.

A l'auscultation pulmonaire, congestion des deux bases. Muguet sur le voile du palais.

Intervention sous anesthésie au chlorure d'éthyle, incision d'un phlegmon gangréneux de la face supéro-interne de la cuisse.

Les phénomènes de septicémie continuent, la malade meurt le 11.

En outre de l'intervention chirurgicale on avait fait chaque jour 500 grammes de sérum glucosé par voie sous-cutanée et 500 par le Murphy de plus on avait administré largement les toni-cardiaques, huile camphrée, spartéine, caféine, strychnine.

Malgré tout la température n'a cessé de présenter de grandes oscillations, s'élevant au-dessus de 41° certains soirs, le pouls oscillant entre 120 et 140.

CONCLUSION

I. Le phlegmon du ligament large est une affection rare qui diminue à mesure que les soins d'asepsie font reculer les accidents puerpéraux. Par contre, les avortements sont une cause fréquente, souvent dus à des manœuvres septiques, ils réalisent de ce fait des conditions éminemment favorables.

Sur 8 cas observés dans les services de M. le professeur Guyot, et à Canolle, dans le service de M. Lafond, durant les années 1928, 1929. Je note 5 cas survenant après des accouchements normaux, et 3 d'après des fausses-couches, ou avortements, dont 2 suivis de curettage et un de curage.

II. Les phlegmons du ligament large comportent un état général grave et des symptômes locaux : tumeurs et douleur dans la fosse iliaque. Aussi le chirurgien ne devra pas se contenter d'évacuer la collection purulente, il devra soutenir l'état général de sa malade.

III. Les fusées purulentes à la partie supérieure de la cuisse surviennent chez des femmes affaiblies dont l'organisme ne réagit pas, elles se traduisent par un œdème de la racine de la hanche, une douleur irradiée dans le membre inférieur, une infiltration des tissus. C'est alors qu'il faut intervenir rapidement et largement. Evacuer le pus par une large incision qui sera, soit vaginale, soit crurale, que l'on fera au point déclive de l'abcès et que l'on maintiendra béante par deux gros drains.

Malgré cette intervention rapide, le mieux ne se produit pas toujours, et ces abcès cruraux sont une complication très grave des phlegmons du ligament large. la mortalité en est très élevée.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, Bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 4 Décembre 1929,
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- Frariner.** — Etude sur le phlegmon du ligament large (thèse de Paris 1866).
- Auger.** — Lymphadénie péri-utérine ou phlegmon du ligament large (Thèse de Paris, 1876).
- Cubertafon.** — Des complications infectieuses aiguës, bénignes des ligaments larges, dans les suites de couche pathologique (Paris, 1894-1895).
- Corneloup.** — Phlegmon lig. eux de la base du ligament large dans les suites de couche (Lyon, 1905-1906).
- Cantin.** — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement (Paris, 89).
- Valentin.** — Traitement de certaines collections pelviennes par la ponction et l'incision vaginale (Paris, 92-93).
- Potié.** — Pathogénie du phlegmon du ligament large (Lille, 1890).
- Bender.** — Sur un cas de phlegmon du ligament large (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1912).
- Laffont.** — Un cas de phlegmon du ligament large traité par l'air chaud (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1913).
- Delbet (Pierre).** — Des suppurations pelviennes chez la femme (Paris 1891).
- Guérin. Hervieux.** — Discussion sur le phlegmon du ligament large (*Bulletin de l'Académie de médecine* de Paris, 1887).
- Houzel.** — Phlegmon du ligament large gauche. Laparotomie sous-péritonéale. Guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie* de Paris, 1886.)
- Mekdjian.** — Phlegmon du ligament large avec complications (*Bulletin Soc. Méd. de l'Yonne*, 1905).

Nikoloff. - Phlegmon pelvien ou du ligament large (*Echo médical du Nord*).

Oui. - Phlegmon du ligament large pendant la grossesse (*Cong. périod. de Gynéc. d'Obst. et de pédiatrie, Mém. et thèse, Paris 1896*).

Petit (R.). — Phlegmon grave du ligament large; albuminurie; effet favorable du sérum de cheval chauffé (*Cong. nat. périod. de Gynéc. d'Obstr. et de Pédiat. Rouen, 1904*).

Voron. — Trois cas de phlegmon ligneux du ligament large (*Bull. Soc. d'Obstr. de Paris, 1911*).

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, RUE DU PEUGUE

B O R D E A U X

1929
